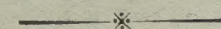


UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

Perforations de l'ulcère du diverticule de Meckel en péritoine libre et leur traitement



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 janvier 1938

PAR

HERVÉ-LOUIS DELON

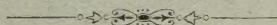
Né à Marsillargues (Hérault), le 28 juin 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse.

MM. RICHE, professeur, *Président*.
LAPEYRE, professeur.
LAUX, professeur.
ROUX, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLÔT, 3

1938

Perforations de l'ulcère

du diverticule de Meckel en péritoine libre

et leur traitement



Digitized by the Internet Archive
in 2026

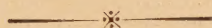
https://archive.org/details/IA41555411_0007

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

—
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

**Perforations de l'ulcère
du diverticule de Meckel en péritoine libre
et leur traitement**



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 janvier 1938

PAR

HERVÉ-LOUIS DELON

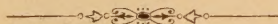
Né à Marsillargues (Hérault), le 28 juin 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse.**

{ MM. RICHE, professeur, *Président*.
LAPEYRE, professeur.
LAUX, professeur.
ROUX, agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique, médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
	RIMBAUD.
	MASSABUAU, <i>assess.</i>
Clinique chirurgicale.....	RICHE.
Clinique obstétricale.....	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	EUZIERE, <i>doyen.</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	LEENHARDT.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.....	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.....	N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	TERRACOL.
Radiologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
Anatomie (ch. de c.).....	LAUX.
Histologie (ch. de c.).....	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÉDENAT, GALAVIELLE, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, BOSCH, VIREN, VILLARD et CABANNES.

Chargés de cours complémentaires.

Pathologie expérimentale.....	MM. N...
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN, <i>ag. libre.</i>
Accouchements	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	BOUDET, <i>prof.</i>
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	Dr WATON.

Agrégés en exercice.

Chirurgie.....	{ MM. AIMES. MOURGUE-MOLINES GUAIBAL. ROUX.	Médecine.....	{ MM. JANBON. BAUMEL. P. RIMBAUD. COLL DE CARRERA. CARRERE. DEJEAN.
		Obstétrique.....	
		Bactériologie.....	
		Ophtalmologie.....	

Examineurs de la thèse.

MM. RICHE, professeur, <i>président.</i>	MM. LAUX, professeur.
LAPEYRE, professeur.	ROUX, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et s'est intéressé à son
développement.*

A MES MAITRES

INTRODUCTION

Nous allons essayer dans ce modeste travail de faire, en nous appuyant sur une observation inédite de M. le Professeur Roux, une synthèse des dernières acquisitions portant sur un point de la pathologie diverticulaire : les perforations de l'ulcère du diverticule de Meckel en péritoine libre et leur traitement.

Problème clinique.

Nous nous trouvons devant un syndrome de péritonite par perforation, ressemblant à une perforation appendiculaire.

Le malade accusera le début brusque par une douleur en coup de poignard et présentera à l'examen de la contracture de la paroi et de la douleur maxima en un point assez bien délimité mais variable.

Si l'on temporise, rapidement les signes de péritonite banale se présenteront, on notera des vomissements, de l'arrêt des matières et des gaz, de la température, etc... Donc rien de caractéristique et il sera bien difficile de dresser une symptomatologie de cette perforation.

Le siège de la contracture et de la douleur maxima à la palpation est atypique et variable, mais l'appendice ne nous montre-t-il pas aussi cette variabilité de situation?

Une seule chose est caractéristique dans ce syndrome, c'est qu'il a été précédé très souvent d'hémorragies intestinales et de douleurs à type ulcéreux survenant par crises.

Problème pathogénique.

A l'opération, nous trouverons un diverticule perforé, mais non enflammé (mise à part l'inflammation due à une péritonite datant de plusieurs heures).

La perforation est faite comme à l'emporte-pièce, les bords sont nets et taillés à pic sans inflammation des muqueuses voisines, on ne peut donc parler de diverticulite. Il y a une très grande ressemblance avec l'ulcère de l'estomac.

La pathogénie s'est éclairée depuis que l'on a trouvé une muqueuse à type gastrique tapissant le diverticule; cette muqueuse fait du diverticule un estomac en miniature.

Cet estomac en miniature renferme des glandes gastriques normales sécrétant leur suc acide. Il y a possibilité d'ulcère comme dans l'estomac.

Problème diagnostique.

Le problème pathogénique paraît donc actuellement résolu; il n'en est pas de même du problème posé par le diagnostic préopératoire.

Evidemment, nous ne ferons qu'effleurer le diagnostic de perforation qui est banal. Quelle que soit l'origine, appendicite, ulcère gastrique, cholécystite, nous avons la douleur brutale en coup de poignard suivie

des signes classiques de péritonite : d'abord contraction de la paroi, hyperesthésie et douleur, plus tard météorisme, vomissements, arrêt des matières et des gaz, etc...

Le diagnostic de perforation du diverticule est beaucoup plus difficile.

Y a-t-il des signes propres? Oui, mais ils sont peu nombreux, et demandent à être recherchés dans l'histoire clinique antérieure.

L'examen abdominal après la perforation n'a rien de caractéristique. Le siège de la contracture et de la douleur maxima n'est pas nettement différent de celui des perforations appendiculaires et gastriques.

Seule l'histoire clinique nous révélera des symptômes capables d'asseoir notre diagnostic. Ils sont au nombre de deux.

Ce sont les hémorragies intestinales répétées et les crises douloureuses à type ulcéreux.

La difficulté essentielle du diagnostic sera donc de rechercher ces hémorragies, si petites soient-elles, ou ces crises douloureuses, et cela dans le passé le plus éloigné.

Problème thérapeutique.

Le problème thérapeutique sera plus compliqué et plus délicat que dans l'appendicite ou l'ulcère de l'estomac.

Bien souvent la ligature à la base ou l'enfouissement sont impossibles, de par l'implantation plus ou moins large du diverticule ou la situation de l'ulcère à la base même.

Alors se pose la question de la résection de l'anse intestinale en péritonite diffuse.

On voit que le problème n'est pas simple et qu'il demandera beaucoup d'habileté de la part du chirurgien.

Ce sont ces difficultés cliniques, pathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques qui vont servir d'éléments à notre travail dont l'étude nous a été inspirée par la communication de l'observation inédite suivante.

PREMIÈRE PARTIE

**Observation inédite recueillie dans le service de notre maître,
M. le Professeur ROUX, chirurgien des cliniques Saint-Éloi**
(Salles militaires)

Le 28 janvier 1935, le malade D... (H.), âgé de 21 ans, entre dans le Service pour douleurs abdominales violentes, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux.

Le malade signale qu'en août 1934 il a subi l'appendicectomie motivée par une crise douloureuse semblable; il a été impossible de savoir si l'appendice était en cause. Rien d'autre à signaler dans les antécédents.

La température est de 38°8.

L'examen montre une défense localisée au niveau du point de Mac Burney avec douleur maxima en ce point. Il y a de l'hyperesthésie cutanée de la région iliaque droite.

En raison de l'appendicectomie antérieure, le malade est traité par le repos, la diète et la glace sur le ventre.

Il s'en suit une sédation rapide des phénomènes douloureux.

Le sujet sort de l'hôpital le 8 février avec un état abdominal normal,

Le malade rentre à nouveau à l'hôpital le 21 mars 1935. Il accuse des douleurs abdominales violentes irradiées dans le petit bassin et les testicules.

On note des vomissements alimentaires, une température à 37°4 et un pouls à 84.

Le malade a vomi la veille et durant toute la nuit. Les mictions sont douloureuses.

A l'examen, on provoque des douleurs vives à la palpation abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite. L'hyperesthésie, toujours de la fosse iliaque droite, est considérable.

On fait un toucher rectal qui révèle une zone très douloureuse dans la région pelvienne droite.

Le lendemain 22 mars, dans l'après-midi, son état ne s'améliorant pas malgré la glace, la diète et le repos, on pense à une collection abdomino-pelvienne et l'intervention est décidée.

Intervention.

A l'ouverture du péritoine, on trouve du pus provenant du petit bassin, de la gouttière pariéto-colique, de la région meso-cœliaque. L'épiploon présente des nodules purulents. L'intestin attiré montre un étranglement, assez large, causé par une bride épiploïque adhérente à la paroi externe de la fosse iliaque. L'anse est congestionnée, pelotonnée sur elle-même, adhérente sur ses parois internes.

En décollant, on met à nu une perforation intestinale large, par où s'écoulent matières et gaz. Cette perforation est située à la base d'un diverticule de Meckel, large de 2 centimètres et long de 3 centimètres. L'intestin présente tout autour des zones de sphacèle.

On pratique une résection intestinale de 15 centimètres environ centrée sur le diverticule, ensuite on fait une entéro-anastomose termino-terminale en trois plans, avec entérostomie en amont et mise en place d'une sonde de Nélaton. On fixe l'anse anastomosée à la paroi par des fils de suspension.

Drainage de la cavité péritonéale par un drain plongeant dans le Douglas, et des mèches pariéto-coliques, sous-hépatiques et meso-coeliaques.

Diagnostic.

Ulcère perforé du diverticule de Meckel avec épi-
ploïte purulente et péritonite généralisée.

Evolution.

La sonde de décharge du bout supérieur du grêle donne beaucoup le premier jour.

Elle continue à donner pendant six jours, puis s'élimine spontanément sans phénomènes aigus.

Le drain du Douglas donne un liquide purulent d'odeur infecte, il est enlevé le quatrième jour.

Les mèches sont raccourcies peu à peu et ôtées complètement le dix-huitième jour.

La plaie bourgeonne bien et se ferme sans laisser de faiblesse de la paroi.

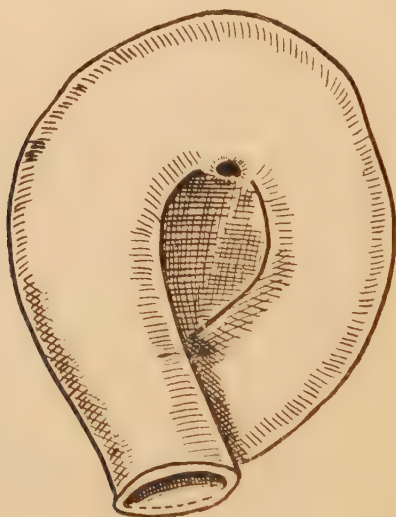
Quelques jours après la cicatrisation cutanée, apparaissent de petits abcès de la paroi qui éliminent du pus par la cicatrice de nouveau abcédée. Ces abcès sont vraisemblablement causés par les fils de lin qui s'éliminent. Un long fil de lin, provenant sûrement de la suture intestinale, est éliminé par les selles.

A deux reprises, le malade présente encore de petits abcès de la paroi. Néanmoins, la guérison peut être considérée comme complète. L'état général est excellent. Il n'y a pas de douleurs abdominales. Les selles sont normales.

Le malade est revu le 5 septembre 1937 complètement guéri.

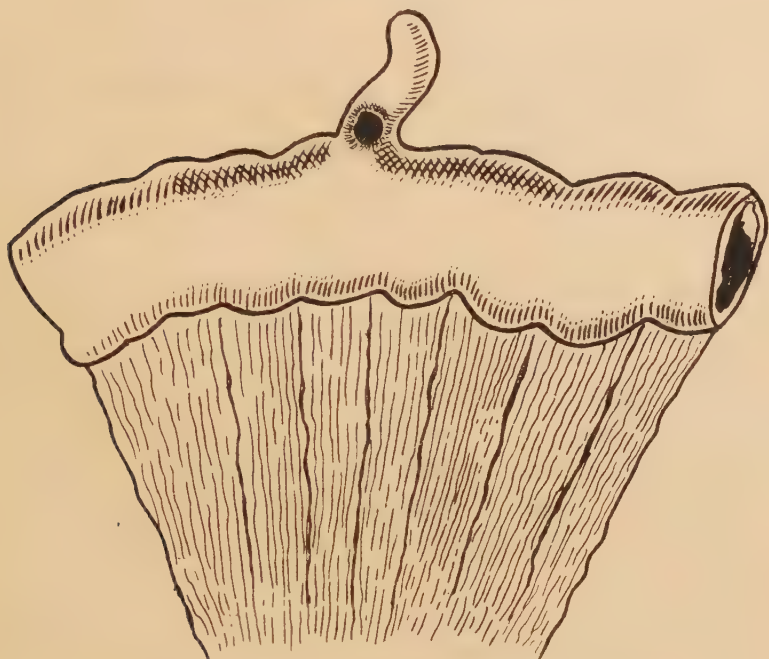
Description de la pièce anatomique avec schéma.

La pièce opératoire est constituée par un segment d'iléon de 15 centimètres avec son implantation mé-sentérique taillée en coin sur un bord et sur la partie moyenne de l'autre bord un diverticule gros comme l'extrémité du pouce et long de 3 centimètres. Il s'agit d'un diverticule gros et court.



Anse intestinale pelotonnée.
La perforation est visible, le diverticule est caché par les adhérences.

A sa base une perforation à l'emporte-pièce de 5 millimètres de diamètre siège exactement à l'union de la paroi intestinale et de la paroi diverticulaire. Les bords de cette perforation sont nets.



Pièce opératoire avec le diverticule et sa perforation.

Les parois du diverticule sont épaissies, le péritoine qui le recouvre est enflammé et présente ainsi que l'intestin avoisinant des fausses membranes.

Enfin, autour de la base d'implantation du diverticule existent sur l'intestin des taches de sphacèle, qui ne sont pas encore au stade de la perforation.

DEUXIÈME PARTIE

.....

Les données cliniques propres à la perforation d'origine diverticulaire

Nous allons chercher en nous basant sur les recherches antérieures et sur notre observation les signes propres à l'ulcère peptique. Nous insisterons sur les deux symptômes principaux : entérorragies et douleurs par crises, et nous passerons plus rapidement sur les symptômes accessoires et l'examen clinique du malade. Nous terminerons par l'évolution presque fatale vers l'hémorragie grave ou la péritonite par perforation.

On n'est pas arrivé encore à dégager un tableau clinique autonome de la perforation diverticulaire. Cependant, quelques symptômes prémonitoires caractéristiques ont été mis en évidence ces dernières années.

Nous éliminerons les signes ordinaires de perforation avec péritonite consécutive qui se retrouvent dans l'appendicite, l'ulcère de l'estomac et du duodenum, la cholécystite.

Les symptômes propres à l'ulcère sont peu nombreux. On ne peut en noter que deux très importants par lesquels nous allons commencer. Ce sont les hémorragies intestinales et les crises douloureuses.

I. — L'hémorragie intestinale.

C'est le symptôme type permettant parfois de faire seul le diagnostic préopératoire.

Ce symptôme est très constant, presque tous les auteurs l'ont noté, cependant il n'existe pas dans tous les cas. Dans une statistique de Mondor et Lamy portant sur quatre-vingts cas, l'hémorragie ne manque qu'une fois sur quatre. Aschner et Kaulitz notent vingt-huit entérorragies sur trente-trois cas.

Sa grosse caractéristique est de se reproduire plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés et par crises. C'est d'ailleurs le seul caractère vraiment immuable.

En effet, cette hémorragie est très variable par sa quantité, sa qualité, sa durée, ses périodes de calme intercalaires, ses rapports avec la perforation.

a) *Quantité.* — Elle peut aller du mœlena à peine macroscopique à l'hémorragie grave d'emblée amenant la mort, en passant par les hémorragies successives assez abondantes pour amener un état d'anémie avancée. Cependant, dans le plus grand nombre de cas, l'hémorragie est importante.

b) *Qualité.* — Elle est plus constante, c'est plus souvent du sang rouge, parfois rutilant, mêlé aux selles, que les différentes selles noires, poix, marc de café, etc.

c) *Durée.* — Les entérorragies les plus longues peuvent durer une semaine, le plus souvent la durée est de quelques jours. Mais on peut avoir aussi une seule selle sanglante.

d) *Périodes de calme.*— L'intervalle entre les hémorragies peut être très court, deux ou trois jours, ou durer des années comme dans un cas d'Hilgenreiner.

Dans le cas de Guibal, les selles sont sanglantes pendant deux ou trois jours, puis repos de deux jours, et cela pendant un mois. Ensuite survient une période de bonne santé apparente de six mois. Les hémorragies réapparaissent alors avec le même rythme et la même abondance. Guibal parle avec juste raison de crises hémorragiques.

L'intervalle peut être plus long, une année, comme dans un cas d'Hilgenreiner. Les selles sanglantes apparaissent dans l'enfance et réapparaissent chaque année jusqu'à 18 ans.

Dans le cas si caractéristique de Mègevant et Dунant, l'intervalle maximum est de trois ans et demi : la première selle sanglante a lieu à 6 mois; à 4 ans, selles noires ou rouges par intermittences; ensuite, chaque année, jusqu'à 26 ans, selles sanglantes. A 28 ans survient une crise hémorragique grave amenant l'intervention.

En résumé, nous devons retenir :

« *Le saignement par crises et la reprise du saignement qui sont caractéristiques.* » (Mondor).

e) *Rapport de l'hémorragie avec la perforation.* — On ne peut trouver de rapport entre l'hémorragie et l'arrivée de la perforation, rarement on a mis un lien entre elles.

Cependant, dans un cas de Stern, l'hémorragie a précédé la perforation, mais c'est le seul cas noté. La plupart du temps le saignement ne peut être trouvé que par l'étude approfondie des antécédents du malade.

Résumons ces quelques notes en disant :

En pratique, surtout si le malade est jeune, devant un cas de péritonite par perforation chez un sujet ayant présenté des entérorragies successives par crises non expliquées, on peut penser à un ulcère perforant et surtout à un ulcère meckelien.

Revenons à notre observation pour en tirer une conclusion. Ici nous ne trouvons, ni dans les antécédents éloignés, ni dans l'histoire de la maladie actuelle, des hémorragies d'ordre intestinal.

Donc, bien que l'entérorragie soit un symptôme très fréquent et très important, elle n'est pas présente dans tous les cas. Son absence ne doit pas nous faire éliminer d'office le diagnostic d'ulcère meckelien.

II. — Les crises douloureuses.

La douleur est un symptôme très intéressant par certaines de ses caractéristiques, mais moins important que l'hémorragie, car il existe dans d'autres syndromes de perforation.

C'est un signe qui, dans les antécédents, ne manque jamais.

Nous allons étudier successivement son siège, ses modalités, son apparition par crises, et ses rapports avec la perforation et l'hémorragie.

a) *Son siège.* — Il est noté assez souvent dans la région para-ombilicale ; mais on le trouve aussi au point de Mac Burney ou dans la fosse iliaque droite comme dans notre observation : d'autres auteurs signalent le flanc droit (Guibal), les régions hypogastriques, épigastriques, inguinales droite et même gau-

che. Ce siège est donc trop variable pour nous donner un renseignement sûr. Cependant on retiendra que le lieu le plus souvent signalé est dans la région para-ombilicale.

b) *Modalités*. — Nous ne pouvons faire état du caractère de cette douleur; on note toutes les modalités de douleurs abdominales, des crampes, des coliques, etc.. De plus, les sujets étant souvent très jeunes, on ne peut connaître les caractères de la douleur.

c) *Apparition par crises*. — Nous insisterons un peu plus sur ce paragraphe, car il est le plus important.

Dans tous les cas, on trouve l'apparition par crises et le renouvellement, après une période de calme, des douleurs à type nettement ulcéreux.

Dans notre cas, nous trouvons deux crises douloureuses aiguës, nécessitant l'une l'intervention pour appendicite, l'autre le repos au lit et la glace, avant d'arriver à la crise amenant la perforation. Ces crises sont espacées de quatre mois puis de deux mois, la première crise ayant eu lieu en août 1934, la deuxième en janvier 1935 et la dernière en mars 1935 :

Donc crises peu nombreuses et à peu de distance. Mais ces crises douloureuses, comme les hémorragies, peuvent être en plus grand nombre, avec des intervalles de calme plus ou moins longs et très variables.

Hilgenreiner note de nombreuses crises douloureuses nécessitant le repos au lit. Griffith voit de nombreuses crises abdominales se succéder plusieurs mois de suite, et de gravité croissante. Acquaviva et Pavie citent cette répétition de plus en plus rapprochée et de plus en plus violente amenant l'intervention.

d) *Rapports de la douleur et de la perforation.* — Il semble que l'on peut retenir comme signe prémonitoire des accidents la répétition de plus en plus rapprochée des crises abdominales.

Les deux cas précédents de Griffith et d'Acquaviva et Pavie appuient cette manière de voir.

Dans le cas du docteur Prat (de Nice) la crise douloureuse précède la perforation.

Donc l'aggravation et le rapprochement des crises peuvent précéder la perforation, et la douleur est souvent présente un peu avant la perforation.

e) *Rapports des crises douloureuses avec les crises hémorragiques.* — Des nombreuses observations parues à ce sujet, on ne peut dégager aucun rapport entre les crises douloureuses et les hémorragies. *Elles semblent tout à fait indépendantes l'une de l'autre.* L'hémorragie comme la douleur arrivant à l'improviste et se présentant souvent comme un symptôme isolé.

En résumé :

On doit retenir du symptôme : Douleur, son apparition par crises, par accès comparables aux accès d'ulcère gastrique, et, comme eux, survenant à des périodes plus ou moins rapprochées après des intervalles de calme complet.

III. — Symptômes accessoires.

Ils sont peu nombreux et parmi eux nous n'en trouvons qu'un à retenir. C'est l'apyrexie. C'est un symptôme négatif et qui se présente très souvent.

Pour Mondor, elle est de règle et permettrait dans un tableau d'appendicite de penser à l'ulcère. Cependant nous ne suivrons pas ses conclusions absolues, car dans notre cas nous trouvons, à la deuxième crise, une fièvre assez élevée : $38^{\circ}8$. Il est vrai que, dans la troisième crise suivie de perforation, nous ne notons que $37^{\circ}4$ de température rectale.

En résumé, l'absence de température dans un accès aigu d'apparence appendiculaire nous permet de penser à l'ulcère du diverticule, mais une température voisine de 39° ne nous donnera pas le droit d'éliminer le diagnostic d'ulcère peptique.

On peut avoir aussi des vomissements (en dehors d'épisode péritonéal aigu); on les trouve dans une quinzaine d'observations; ces vomissements sont soit isolés, soit accompagnés de douleurs ou d'hémorragies. Dans la deuxième crise de notre malade, ces vomissements sont accompagnés de douleurs.

Pour terminer, on note aussi des irrégularités de la fonction intestinale : alternatives de constipation et de diarrhée, de la constipation dans une vingtaine de cas, de la diarrhée dans un nombre aussi grand.

Donc, rien d'intéressant pour établir un tableau clinique caractéristique.

IV. — Examen clinique et radio.

Nous avons gardé l'examen du malade pour la fin, car il ne présente aucun signe notable.

Nous diviserons la question en deux parties : d'abord l'examen en crise sans perforation, ensuite l'examen après perforation.

a) Dans les crises ordinaires, soit douloureuses, soit

hémorragiques, certains auteurs assez nombreux et, en particulier, Debré et Boppe, et Hilgenreiner, ont noté la perception d'une petite masse au voisinage de l'ombilic, masse sans caractère net. Dans tous les autres cas la palpation a été négative.

b) Après la perforation, il ne faut plus compter sur la petite masse, mais le siège électif de la douleur et de la contracture peut nous donner quelques renseignements.

Un certain nombre d'auteurs notent la région para-ombilicale, c'est le plus grand nombre. Dans les autres observations, ce lieu est très variable et peut occuper n'importe quelle région de l'abdomen.

Dans notre cas, nous avons de la défense au point de Mac Burney et dans la fosse iliaque droite avec hyperesthésie cutanée. Gramen l'a notée également.

La radiographie a été pratiquée quelquefois, mais n'a rien donné, sauf dans deux cas :

Debré, Boppe et Semelaigne trouvèrent après lavement baryté un aspect lacunaire sur la partie moyenne du transverse à droite de la ligne médiane (due à la perforation de l'ulcère dans le colon).

Pascale a vu une anse grêle au siège électif de la douleur, ce qui lui permit d'écarter l'appendicite. En somme, rien dans l'examen clinique et la radio, si ce n'est *le siège para-ombilical de la petite masse ou de la douleur élective.*

V. — Evolution de l'ulcère. — Complications.

L'évolution de cet ulcère est caractéristique bien que variable dans le temps et dans sa terminaison.

La répétition des crises douloureuses et des crises hémorragiques nous amènent à l'intervention soit par l'hémorragie grave, soit par la perforation.

Nous n'insisterons pas sur la répétition à intervalles plus ou moins éloignés des crises douloureuses alternant avec des crises hémorragiques, cela a été traité dans les paragraphes : entérorragies et douleurs.

Mais nous noterons que l'hémorragie peut être si grave qu'elle peut amener un état d'anémie aiguë ou même la mort par faiblesse et syncope; dans ces cas, ce n'est plus un symptôme, mais une véritable complication qui nécessitera des transfusions sanguines et dans la plupart des cas l'intervention.

La perforation est une complication qui paraît inévitable dans l'état actuel de notre thérapeutique.

Cette perforation peut se produire en péritoine libre dans le plus grand nombre de cas (notre observation est typique à ce sujet), en péritoine cloisonné comme Roudil et Marty, enfin ce peut être une perforation couverte comme dans les cas de Debré et Boppe.

En somme, nous avons toutes les variantes de la perforation de l'ulcère gastrique; l'évolution de la perforation paraît identique à celle de l'ulcus gastrique, et nous verrons plus loin que l'anatomo-pathologie présente les mêmes analogies.

Dans ces deux ulcères, la péritonite survient avec plus de rapidité que dans la perforation appendiculaire; dans le cas de Fèvre et Patel, la péritonite généralisée s'est installée en moins de vingt-quatre heures.

Essayons de dégager un tableau clinique d'ensemble de cette étude :

L'ulcère du diverticule de Meckel survient chez les sujets jeunes; il présente presque toujours, dans ses antécédents, des crises hémorragiques plus ou moins violentes et plus ou moins éloignées, des crises douloureuses de type ulcéreux et s'achemine presque fatalement vers l'hémorragie grave ou la perforation, cette perforation amenant le plus souvent une péritonite généralisée.

TROISIÈME PARTIE

Les acquisitions d'ordre pathogénique de la perforation de l'ulcère du diverticule

Dans ce chapitre nous ferons un historique rapide des acquisitions successives d'ordre pathogénique; nous étudierons ensuite la muqueuse cause de l'ulcère et enfin nous terminerons par une étude sur les théories actuelles.

I. — Historique de la pathogénie de l'ulcère meckelien.

Nous allons montrer ici les découvertes successives qui ont permis d'établir les théories actuelles.

Depuis longtemps, on trouve dans la littérature des descriptions de perforation du diverticule, mais ces perforations étaient généralement dues à l'infection chronique ou aiguë. Actuellement, c'est le chapitre des diverticulites. L'étiologie de ces perforations est très connue, elle est semblable à la perforation appendiculaire (altération de la muqueuse par infection), nous les éliminerons.

Nous n'avons en vue ici que l'étude des cas de perforations spontanées dues à l'ulcère.

Les premiers cas sont notés par Hilgenreiner en 1902 et Detz en 1907. C'est Detz qui pour la première fois note la présence de muqueuse gastrique sur les parois du diverticule.

Hübschman parle pour la première fois d'ulcère dans un cas de péritonite par perforation du diverticule après un traumatisme abdominal. Il fait la comparaison avec l'ulcère traumatique de l'estomac, car il a trouvé au niveau du diverticule des glandes pyloriques et fundiques.

Le problème se resserre, des observations de Gramen, de Müller notent des perforations nettement dues à des ulcères provoqués par une muqueuse de type gastrique.

L'observation de Mègevant et Dunant nous fait faire un pas de plus dans la recherche de cette pathogénie. L'examen histologique montre au niveau de la perforation la coexistence de muqueuse gastrique et de muqueuse intestinale. *L'ulcère est situé à l'union des deux muqueuses.*

Le cas de Guibal (de Béziers) est une confirmation du précédent. Nous trouvons à nouveau l'ulcère à l'intersection des deux muqueuses. Mais Guibal émet une idée nouvelle : il parle de la *secrétion acide des glandes à ce niveau.*

Donc actuellement la pathogénie de cet ulcère est éclairée par l'histologie et la physiologie de la muqueuse diverticulaire.

II. — Histologie et physiopathologie de la muqueuse diverticulaire et de l'ulcère.

On rencontre souvent la muqueuse gastrique au niveau du diverticule, même dans des cas non pathologiques. Koch l'a observée 6 fois sur 50 diverticules sains.

Dans tous les cas d'ulcère, cette muqueuse plus ou moins parfaite a été trouvée; on peut l'observer à

l'œil nu sur la pièce après l'opération. L'examen histologique confirme la vue macroscopique.

Le siège de la muqueuse gastrique est très variable : on le trouve le plus souvent sur la partie distale du diverticule, son étendue est très variable, tantôt elle tapisse la totalité de la muqueuse diverticulaire (Mègevant et Dunant) tantôt la moitié seulement (Hallopeau), et dans d'autres cas elle existe à l'état d'îlots isolés.

Mais une des caractéristiques les plus importantes est le siège constant de cette muqueuse sur un bord seulement de la perforation.

Cette perforation a les caractéristiques de l'ulcère : bords réguliers, taillés à pic comme à l'emporte-pièce. Sur ses deux bords, à l'œil nu, on voit une différence de muqueuse. Sur le bord intestinal, on note une muqueuse à type intestinal avec des valvules conniventes. Sur le bord distal, plus de valvule, mais une muqueuse mamelonnée à type gastrique.

Au microscope, cette muqueuse présente des glandes du type fundique et du type pylorique.

C'est une muqueuse gastrique normale dans presque tous les cas sauf un peu d'hyperplasie.

III. — Théorie pathogénique actuelle.

Avant d'en venir à la théorie actuelle, examinons un cas de Müller, qui, ayant trouvé des signes de dégénérescence dans les cellules des glandes, en tire une pathogénie. Pour lui, il y aurait activation du proferment dans la glande elle-même, ce qui entraînerait l'auto-digestion de la muqueuse, on aurait ainsi une théorie commune avec l'une des théories de l'ulcère de l'estomac.

Mais cette théorie ne peut plus être retenue depuis que l'on a vu l'ulcère se développer, non sur la muqueuse gastrique, mais à la réunion de cette dernière avec la muqueuse intestinale.

Les observations de Mègevant et Dunant, de Guibal (de Béziers), de Prat (de Nice), de Hallopeau, d'Acquaviva et Pavie (sanatorium de la Savoie), ne laissent aucun doute sur cette question.

L'ulcère se développe sur la muqueuse intestinale bordant la muqueuse gastrique.

L'hypersecrétion de suc gastrique à l'état naissant donc très actif, mis en contact avec une muqueuse intestinale non protégée, suffit pour que la condition essentielle de l'ulcère soit réalisée.

Ce n'est plus un processus d'auto-digestion de la muqueuse gastrique, *mais une digestion de la muqueuse intestinale voisine* non habituée à pareil traitement.

Mais nous avons vu que Koch a trouvé dans 6 cas sur 50 de la muqueuse gastrique sur des diverticules sains. Il faut donc un facteur supplémentaire pour déclancher l'ulcération.

Nous ne retiendrons pas le traumatisme comme Hübschman, car c'est le seul cas où on l'a mis en évidence dans les antécédents.

Dans les cas non pathologiques, la muqueuse intestinale se défend contre l'attaque du suc gastrique naissant en un lieu aussi anormal par un processus inconnu.

Que peut être ce processus?

La bile et le suc pancréatique neutralisent le suc gastrique dans le duodenum : pourquoi à ce niveau la muqueuse ne secrèterait-elle pas un suc basique? Le mucus protège la muqueuse gastrique en empêchant la pénétration du suc gastrique : pourquoi n'y aurait-il pas ici émission du mucus?

Un long travail serait nécessaire pour vérifier une de ces deux hypothèses.

Mais quel que soit le processus de défense, il peut être inhibé par de petites infections intestinales si fréquentes dans le jeune âge; de petites lésions superficielles à tendance normale vers la cicatrisation se formeront et le suc gastrique naissant pourra commencer l'ulcération de la muqueuse non protégée.

Evidemment ce rôle de l'infection paraît très secondaire, car on ne trouve pas de fièvre dans la plupart des cas, mais l'infection peut avoir agi à distance plus ou moins lointaine des premières crises et ne pas être notée dans les antécédents.

L'ulcère est resté latent, dans la période qui sépare l'infection des premières crises; quand son développement est suffisant, il entraîne des manifestations pathologiques.

Pour conclure nous dirons :

Les conditions essentielles pour la formation d'un ulcère du diverticule est la présence d'une muqueuse gastrique sécrétant un suc très actif à l'état naissant. Ce suc ulcérera la muqueuse intestinale contiguë quand le processus de défense aura été inhibé par une infection intestinale parfois peu accusée.

QUATRIÈME PARTIE

Les difficultés du diagnostic

Le diagnostic préopératoire est très difficile; nous allons essayer de montrer que l'on peut, grâce à certaines règles, écarter les perforations appendiculaires ou gastriques amenant un même tableau de péritonite libre.

Nous montrerons d'abord grâce à deux observations que le diagnostic préopératoire est possible. Ensuite nous établirons les règles nécessaires et, pour terminer, nous les appliquerons au diagnostic différentiel.

I. — Le diagnostic préopératoire est possible.

Il paraît un peu théorique de vouloir poser un diagnostic certain de perforation de l'ulcère meckelien avant l'opération, étant donné le petit nombre de symptômes propres.

Cependant cela n'est pas impossible et les deux observations suivantes le prouvent.

a) *Observation typique du docteur Ketterer, de Montfort (Wisconsin).* — Ce docteur, médecin de campagne, fit le diagnostic grâce à l'analogie avec un cas précédent qu'il avait vu opérer.

Voici le cas résumé :

Un garçon de 14 ans est pris de crampes abdominales généralisées; au troisième jour a lieu une émission de sang rutilant et de caillots par l'anus; il n'y a pas de signes physiques sauf une légère sensibilité de la fosse iliaque droite. Le malade s'anémie très rapidement. Ketterer porte son diagnostic d'ulcère meckelien.

A l'hôpital où il est transporté, on met l'intestin au repos trois jours; il n'y a plus d'hémorragie, on opère et l'on trouve une ulcération de la partie distale du diverticule avec muqueuse gastrique attenante.

b) *Observation de Greenvald et Steiner.*— Ils posent un diagnostic de péritonite par perforation chez un nourrisson de 4 mois par la constatation d'un pneumopéritoine; l'origine meckelienne ayant été décelée grâce aux antécédents hémorragiques.

Dans ces deux cas, ce sont les entérorragies qui ont permis de faire le diagnostic.

II. — Règles permettant le diagnostic.

Nous allons essayer de dégager quelques règles facilitant le diagnostic.

D'abord, pour débayer, une règle négative :

Le diagnostic ne pourra être porté d'après l'examen du malade.

En effet, nous avons vu qu'il ne présentait aucune caractéristique, si ce n'est la douleur élective qui, dans la moitié des cas, est para-ombilicale.

Ensuite une règle qui supporte peu d'exceptions et dont nous avons encore très peu parlé :

Le malade est presque toujours un enfant ou un adolescent du sexe masculin.

On trouve très peu de cas féminins (2 ou 3) et un seul cas où le sujet est âgé de 52 ans.

Enfin, la règle principale que l'on doit toujours observer :

L'examen des antécédents est indispensable pour assurer le diagnostic.

On ne craindra pas d'interroger ; il faudra remonter jusqu'au plus jeune âge du sujet pour essayer d'y trouver des entérorragies ou des crises douloureuses.

La présence d'entérorragies isolées n'ayant cédé à aucune thérapeutique peut, à elle seule, permettre le diagnostic.

Ces règles peuvent servir pour le diagnostic de l'ulcère meckelien quelles que soient ses manifestations. La dernière ne devra jamais être oubliée.

III. — Diagnostic différentiel.

Ce qui nous intéresse dans cette thèse est le diagnostic différentiel dans le cas où l'ulcère est arrivé à perforation, c'est-à-dire quand nous nous trouvons devant un tableau de péritonite.

Nous avons devant nous un abdomen aigu à type de perforation. Comment différencier de la perforation appendiculaire ou gastrique, les deux plus courantes ? Nous allons voir que l'emploi des règles précédentes facilitera notre tâche.

a) *Diagnostic différentiel d'avec l'appendicite perforée.* — Il sera dans certains cas très difficile et même impossible.

Ce seront les cas où, malgré un interrogatoire serré, on n'aura pu trouver les signes classiques dans les antécédents.

La difficulté sera insurmontable si l'on ne trouve pas d'hémorragies intestinales dans les antécédents.

Dans notre observation, nous ne trouvons aucune hémorragie intestinale, et le malade, à sa première entrée dans le Service, quatre mois après son appendicectomie, présente tout à fait le type d'une crise appendiculaire : défense et douleur localisée au point de Mac Burney, vomissements alimentaires et bilieux, hyperesthésie de la fosse iliaque droite et température.

L'ablation ayant été faite quatre mois auparavant, on reste dans l'indécision et l'on refroidit par la diète, la glace et le repos. Le sujet présente deux mois après une nouvelle crise qui, ne cédant pas, amène l'intervention.

Dans ce cas, l'appendicectomie préalable permettait seule de penser à l'ulcère meckelien.

Mais les cas sont rares où l'on ne trouve pas d'entérorragies dans les antécédents, nous n'avons trouvé que cinq cas dans la littérature.

Ce sont les cas d'Acquaviva et Pavie, de Greenvald et Steiner, de Prat (de Nice), de Fèvre et Patel, de Gramen.

Dans le premier cas, il y a une évolution par crises avec siège para-ombilical, le diagnostic ne fut fait qu'à la laparotomie.

Dans le deuxième, les douleurs sont généralisées à tout l'addomen : de nouveau, pas de diagnostic avant l'intervention.

Dans le troisième, les crises douloureuses abdominales existent et l'on opère avec le diagnostic d'appendicite.

Dans le quatrième, il y a l'évolution par crises avec siège para-ombilical; on opère pour appendicite.

Dans le cinquième, les douleurs arrivent par crises, mais le siège est dans la fosse iliaque droite, d'où l'opération pour perforation appendiculaire.

Dans ces cas, comment penser au diverticule? Nous voyons que la confusion avec l'appendicite a été faite presque chaque fois.

L'évolution des douleurs par crises ne peut éliminer l'appendicite, puisque son tableau clinique en renferme. Nous ne pourrions nous baser que sur la situation anormale de la douleur maxima.

Sur 6 cas, 2 seulement, celui de Gramén et le nôtre, notent des douleurs prédominantes dans la fosse iliaque droite. Tous les autres cas parlent de la région para-ombilicale.

Donc seul le siège para-ombilical de la douleur peut nous permettre de penser au diverticule.

Dans les cas où le tableau clinique est plus complet, c'est-à-dire quand il y a eu des hémorragies, le diagnostic est plus aisé. Il suffira de faire un interrogatoire complet : si l'on trouve des hémorragies répétées, l'appendicite doit être éliminée.

b, *Diagnostic différentiel d'avec la perforation gastrique.* — Nous avons ici affaire à deux ulcères, le diagnostic sera fait surtout par la différence d'abondance des mœlena et par l'âge.

L'évolution par crises douloureuses ne sera d'aucun secours, car nous la retrouvons dans les deux cas. Par contre, la situation de la douleur maxima et de la contracture peut être utile. Elle sera en général plus haute dans la perforation gastrique.

Nous pouvons avoir du mœlena dans les deux cas,

mais il n'y a entre eux aucune ressemblance; dans l'ulcus gastrique, nous n'aurons jamais une émission sanguine aussi abondante et surtout aussi rutilante que dans l'ulcère du diverticule. Dans les cas bien tranchés, le diagnostic sera fait par ce signe. Mais il y a des cas où les entérorragies du diverticule sont à peine marquées, il ne faudra pas oublier alors que l'ulcère gastrique arrive chez les adultes et l'ulcère du diverticule chez les enfants ou chez les adolescents.

En résumé, nous voyons que pour poser un diagnostic positif de perforation meckelienne, il faudra étudier attentivement le passé clinique du malade et rechercher surtout l'hémorragie intestinale.

Mais, en présence d'une perforation, ce diagnostic d'origine, bien qu'il ait été posé quelquefois, est surtout théorique.

L'essentiel est de ne pas temporiser, car tous les cas de perforations nécessitent une intervention urgente.

Il faudra pratiquer le plus tôt possible une laparotomie, ne pas s'hypnotiser sur l'appendice et « *ne jamais oublier de vérifier le diverticule* », surtout si l'appendice ne justifie pas aux yeux du chirurgien la gravité de la péritonite.

De nos jours, la pathologie du diverticule prend une importance de plus en plus grande en médecine infantile et en chirurgie d'urgence.

CINQUIÈME PARTIE

Les difficultés du traitement

Les difficultés du traitement sont dues d'abord à la difficulté du diagnostic, ensuite à la forme du diverticule élargi à sa base, à la situation de la perforation et à la présence d'un processus de péritonite diffuse aiguë.

Nous allons traiter successivement ces différents points en nous inspirant de notre observation et des six cas suivants résumés :

1^o *Cas de Greenvald et Steiner.* — Laparatomie pratiquée sans diagnostic.

Perforation d'un ulcère du diverticule recouvert par l'appendice. Liquide dans la cavité. — Excision du diverticule et ablation de l'appendice; drain cigarette. — Guérison. — Onze jours après, sortie.

2^o *Cas de Fèvre et Lepar.* — Laparatomie sus-ombilicale pour péritonite. On pense à une perforation du grêle ou du diverticule.

On trouve un ulcère du diverticule. — Ablation. — Drain. — Suites opératoires pénibles. Trois semaines après, état paraissant parfait au point de vue chirurgical, mais il présente des poussées de température : il passe en médecine, suspect de tuberculose.

•

3^o *Autre cas de Greenvald et Steiner.* — C'est un garçon de 3 mois. — Il présente un tableau de péritonite généralisée; on a posé le diagnostic d'ulcère peptique du diverticule.

A l'opération, liquide séreux et gaz. — On sectionne le diverticule au thermocautère et on enfouit le moignon. — Guérison.

4^o *Cas de Gramen.* — Laparatomie médiane sous-ombilicale pour péritonite appendiculaire ou tuberculeuse péritonéale aiguë. — On trouve sur le diverticule une perforation grosse comme un pois recouverte d'une mince frange épiploïque.

Extirpation à la base, nécessitant une entérorraphie pour perte de substance. — Nettoyage de la cavité abdominale. — Drain. — Six semaines après, guérison.

5^o *Observation de Müller.* — Ulcère lenticulaire en plein diverticule. — La base très large ne permet pas la résection du diverticule sans résection intestinale. Müller la jugeant impossible fait un enfouissement séro-séreux perpendiculaire à l'axe intestinal. — Lavage de la cavité. — Deux drains. — Suites normales. — Deux mois après, laparatomie médiane pour résection de 9 centimètres du grêle. — Suture bord à bord. — Guérison.

6^o *Observation de Mègevant et Dunant.* — On pense à l'ulcère duodénal, d'où laparatomie sus-ombilicale. — Rien à l'estomac, rien au duodenum, grêle gorgé de sang. A 40 centimètres du cœcum, on trouve un diverticule avec ulcère à l'extrémité.

Résection de 6 centimètres de grêle. — Suture intestinale. — Le malade sort guéri 18 jours après. — Un mois après, laparatomie pour iléus par bride que l'on rompt. — Guérison rapide.

I. — Difficulté du traitement due à la difficulté du diagnostic.

On opère souvent en ayant posé un autre diagnostic et l'on doit rectifier à la laparatomie.

Dans ces cas, le chirurgien pris à l'improviste devra changer de technique : il devra par exemple faire une deuxième incision plus pratique.

Dans les cas diagnostiqués : perforation appendiculaire, l'incision dans la fosse iliaque droite rendra malaisée la recherche du diverticule et plus malaisée encore son ablation, on devra agrandir l'incision.

L'opération est possible si le diverticule est bas situé sur l'iléon et Hallopeau et Oberthür l'ont pratiquée.

Si les difficultés pour amener le diverticule dans le champ sont insurmontables, on pratiquera une laparatomie médiane sous-ombilicale (cas de Gramen).

Dans les cas diagnostiqués : perforation d'ulcère du duodenum, comme dans l'observation de Mègevant et Dunant, l'incision sus-ombilicale permettra le traitement.

Ce ne sont en somme que des difficultés accessoires et vite résolues.

II. — Difficultés dues à la forme du diverticule.

La forme du diverticule est très variable (Forgue et Riche). Le diamètre peut varier du volume du petit doigt à celui de l'intestin grêle lui-même.

Si la forme rappelle celle de l'appendice, rien de plus simple : on ligaturera à la base et on enfouira le moignon (comme dans les deux cas de Greenvald et Steiner et celui de Fèvre et Lepart).

Mais souvent cette ligature est impossible, car la base du diverticule est élargie (comme dans le cas de Müller). Comment faire dans ce cas?

Müller enfouit le diverticule et suture : c'est un procédé gastrique, mais ici il y a peu de tissus libres avoisinants, et de plus, ils sont enflammés par la péritonite.

On sera donc amené à réséquer ce diverticule et à traiter la perte de substance par l'entérorraphie. Gramen l'a pratiquée avec un bon résultat, mais on peut craindre les sténoses.

Le procédé donnant un meilleur résultat à distance serait la résection intestinale, nous en reparlerons plus loin.

III. — Difficultés dues à la situation du diverticule sur l'iléon.

Le diverticule peut se trouver à 30 centimètres ou à 2 mètres de distance du cœcum.

S'il est situé près du cœcum, une incision iliaque droite suffira pour la cure.

Mais s'il en est éloigné il sera souvent difficile de le trouver. De plus, il peut présenter des adhérences avec l'ombilic (Forgue et Riche).

Donc, pour faciliter le traitement dans tous les cas, l'incision la meilleure sera médiane sous-ombilicale.

IV. — Difficultés dues à la position de la perforation sur le diverticule.

La perforation dépend, comme nous l'avons vu, de la situation de la muqueuse gastrique; comme l'on peut avoir soit un petit îlot sur le bout distal, soit

des plaques plus larges s'étendant à tout le diverticule, l'ulcère pourra être situé soit à la pointe, soit à la base, soit à la partie moyenne.

Si l'ulcère se trouve à la pointe ou à la partie médiane, il ne crée aucune difficulté par lui-même.

Par contre, si l'ulcère se trouve à la base, il devient la source de nouvelles difficultés. On ne peut plus pratiquer de résection simple. On peut évidemment essayer, comme Müller, de faire l'enfouissement séro-séreux, mais on risque l'occlusion et on est obligé de recommencer plus tard pour faire une résection à froid.

Donc, le plus souvent, si l'état du péritoine le permet, on fera le traitement le plus rationnel et le plus élégant : la résection intestinale.

C'est un procédé difficile et qui aggrave le pronostic. En effet, les sutures dans des tissus enflammés par la péritonite sont difficiles, on risque des déchirures et des lâchages. Cependant, lorsque l'opération est bien conduite, elle amène des guérisons définitives. Le danger n'est d'ailleurs pas si grand, puisque, sur deux cas (celui de Mègevant et Dunant et le nôtre), nous notons deux succès.

V. — Difficultés dues à la présence de péritonite aiguë diffuse.

L'inflammation du péritoine et des tissus sous-jacents crée de gros risques pour les sutures et, quel que soit le procédé employé, elle aggrave le pronostic. L'idéal serait donc d'employer le procédé nécessitant le moins de manipulations et de ligatures, celui de l'appendicectomie, mais nous avons vu plus haut ses contre-indications dans certains cas. L'enfouissement

est rendu plus difficile par la friabilité des tissus; il sera cependant employé dans certains cas nécessitant une opération rapide. La résection sera pleine de risques : cependant elle vaut d'être tentée, car l'on obtient une guérison définitive.

En résumé :

Quand le diverticule a une base d'implantation étroite et que l'ulcère ne siège pas à la base, le meilleur procédé est l'ablation avec enfouissement ou cautérisation du moignon. Quand le diverticule a une base élargie ou que l'ulcère siège à la base, le procédé de choix est la résection intestinale centrée sur le diverticule, qui seule permet une guérison définitive.

Une bonne technique permettra d'éviter les dangers et d'obtenir de bons résultats si le malade n'est pas trop affaibli et si la péritonite n'est pas trop ancienne.

Quand le cas est désespéré, on fera l'enfouissement et l'entérorraphie comme palliatif, quitte à pratiquer la résection plus tard.

CONCLUSIONS

Dans ce modeste travail, qui nous a été inspiré par la communication de l'observation inédite de M. le Professeur Roux, nous avons essayé de montrer :

1^o Que le diverticule de Meckel pouvait par un ulcère peptique présenter un syndrome clinique de perforation semblable à la perforation appendiculaire;

2^o Que la pathogénie de cet ulcère s'est éclairée depuis que l'on connaît le caractère de la muqueuse diverticulaire avec des glandes gastriques sécrétant un suc très actif;

3^o Que cette pathogénie a fait un pas de plus le jour où l'on a trouvé que l'ulcère siégeait toujours au point de jonction des deux muqueuses;

4^o Que le problème diagnostique, bien que très difficile, est rendu actuellement possible par la recherche attentive des hémorragies intestinales de type particulier dans les antécédents;

5^o Que le problème thérapeutique est rendu difficile par l'anatomie du diverticule, le lieu de la perforation et l'état inflammatoire du péritoine;

6^o Que le meilleur traitement à l'heure actuelle est l'ablation dans les cas simples, et la résection intestinale dans les cas plus compliqués;

7^o Que cette résection, bien que faite en péritoine infecté, est possible et qu'elle amène une guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA et PAVIE. — A propos d'un diverticule de Meckel ulcéré, mais non perforé (*Hauteville, Lompnes médical*, octobre 1937, page 1).
- BRASSER. — Ulcère peptique perforant du diverticule de Meckel (*Centralb. f. Clin.* 1924, t. LI, 2423).
- DEBRÉ, BOPPE et SEMELAIGNE. — Ulcère peptique du diverticule de Meckel, perforation et fistule diverticulo-colique à évolution subaiguë (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, juillet 1931, page 402).
- FÈVRE, PATEL et LEPART. — Ulcères perforés du diverticule de Meckel (*Soc. nat. de Chirurgie*, juin 1930).
- FORGUE et RICHEL. — Le diverticule de Meckel (un volume 1907).
- GRAMEN. — Un cas d'ulcère chronique dans un diverticule de Meckel avec perforation et péritonite diffuse (*Norsk. Med. Arkiv.*, 1915, t. XLVIII, N° 9).
- GREENVALD et STEINER. — Diverticule de Meckel dans le premier âge et dans l'enfance (*Am. J. Dis. of children*, novembre 1931, page 1176).
- GUIBAL. — Ulcère peptique d'un diverticule de Meckel provoquant des hémorragies intestinales profuses. Opération. Guérison (*Soc. nat. de Chirurgie*, 1924, page 349).
- HILGENREINER. — Beitrag. Z. Klin. Chir. (Bd 33, u Bd 40).
- HÜBSCHMAN. — Perforation traumatique d'un diverticule de Meckel (*Munch-Med. Wochen*, 1913, page 2051).
- HUMBERT. — L'ulcère peptique du diverticule de Meckel (*Thèse*, Paris, 1924).
- MONDOR et LAMY. — Étude clinique des ulcères du diverticule de Meckel (*Journal de chirurgie*. Janvier, juin 1933, page 553, tome XLI).
- SENÈQUE. — Ulcère peptique du diverticule de Meckel (*Presse médicale*, février 1925).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE. — Observation.....	11
DEUXIÈME PARTIE. — Les données cliniques propres à la perforation d'origine diverticulaire.....	16
TROISIÈME PARTIE. — Les acquisitions d'ordre pathogénique de la perforation de l'ulcère du diverticule.....	26
QUATRIÈME PARTIE. — Les difficultés du diagnostic.....	31
CINQUIÈME PARTIE. — Les difficultés du traitement.....	37
CONCLUSIONS.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Perforations de l'ulcère du diverticule de Meckel en péritoine libre et leur traitement, par DELON (H.).

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 janvier 1938.

Le Professeur,
V. RICHE.

Vu : Le Doyen de la Faculté.

Montpellier, le 11 janvier 1938.

EUZIÈRE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 11 janvier 1938.

P. le Recteur, Le Doyen délégué,
ASTRUC.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
